Ein Beitrag
zur
Casuistik und Pathologie
der
Glossitis parenchymatosa acuta.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie

unter dem Præsidium

von

Dr. V. v. Bruns,

o. ö. Professor der Chirurgie und Vorstande der chirurgischen Klinik

vorgelegt von

Bernhard Arnold,

gräflich Rechbergischem Haus- und Distriktsarzt in Donzdorf.

Tübingen, 1867.

Druck von Heinrich Laupp.

Herrn Professor Dr. v. Bruns,

seinem unvergesslichen Lehrer,

widmet dieses Schriftchen

in

dankbarer Verehrung

der Verfasser.

Im Jahre 1856 veröffentlichte ich in den Memorabilien aus der Praxis (Jahrgang I. Nro. 6) eine kurz resümirende Arbeit über die parenchymatöse Entzündung der Zunge, welcher ich 5 Beobachtungen von mir und 2 von meinem verstorbenen Oheim Dr. Röser zu Grunde legte. Damals unterliess ich die nähere Beschreibung dieser Fälle in der Absicht, eine Monographie über die bezeichnete Krankheit zu schreiben. Leider trat aber diesem Vorhaben eine grosse und zeitraubende Landpraxis hindernd in den Weg, und unterdessen erschienen auch so vortreffliche Arbeiten über die parenchymatöse Zungenentzündung, dass ich mein Vorhaben aufgab und mich als Vorlage zu meiner Dissertation blos auf eine vergleichende Beschreibung der von mir beobachteten Fälle, welche sich inzwischen um weitere 8 vermehrten, beschränke, in der Hoffnung, durch dieselbe ein Weniges zur Vervollständigung der Pathologie dieser immerhin seltenen Krankheit beigetragen zu haben.

Was nun die Seltenheit dieser Affection betrifft, so bemerkt darüber H. Demme in seiner ausführlichen sonst vortrefflichen Arbeit über Glossitis und ihre Behandlung in der Schweizer Zeitschrift für Heilkunde (Bd. II., Heft I. und II. 1863, S. 74 u. f.): „Was mir bei der Darstellung der „meisten (genannten) Autoren zunächst auffallend war, ist der „Ausspruch, dass die Glossitis der tieferen Zungengewebe eine

„mehr oder weniger seltene Affection sei“ und gibt an, dass ausser den 22 Fällen derartiger Erkrankung, die vom Jahre 1835 bis 1860 in der chirurgischen Klinik zu Bern genau verzeichnet seien, Er selbst im Verlaufe von 2 Jahren 10 Fälle von schwerer Glossitis in der Privatpraxis zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, theilt aber auffallender Weise keine einzige seiner genauen Krankengeschichten mit. Ueberdies sollen von diesen 10 Fällen 8, sämmtlich im Frühjahr (dieses?) Jahres binnen wenigen Wochen zusammengedrängt in demselben Dorfe von ihm behandelt worden sein, und Er glaubt seine Collegen insbesondere auf das epidemische Vorkommen aufmerksam machen zu müssen, was seines Wissens das erste Beispiel für eine wenn auch beschränkte epidemische Entwicklung der Glossitis sein solle. Wiederum auffallend ist es, dass H. Demme in seiner Abhandlung mit keiner Silbe meiner Arbeit aus den Memorabilien gedenkt, während Er doch Bamberger in Virchow's Handbuch citirt, der in der Glossitis-Literatur gerade meiner Arbeit Erwähnung thut. Es scheint fast, H. Demme wollte für sich allein das Verdienst beanspruchen, die erste epidemische Entwicklung der Glossitis veröffentlicht zu haben, während ich doch schon im Jahre 1851 eine solche beobachtete und 1856 der Oeffentlichkeit übergab. Doch es genügt folgende Bemerkung O. Weber's in Pitha's und Billroth's Chirurgie (Bd. III., Lfg. II., S. 317): „Wenn auch die Angaben H. Demme's kein besonderes Vertrauen verdienen dürften, so ist doch von anderen Seiten, besonders von B. Arnold, das epidemische Erscheinen hinreichend constatirt.“

Casuistik.

Die ersten fünf Fälle von parenchymatöser Zungenentzündung kamen während der nasskalten regnerischen Herbstmonate des Jahres 1851 in einigen von dem Städtchen Bartenstein mehr weniger weit entfernt liegenden Ortschaften zur Beobachtung, wo ich damals practicirte; den Fall Nro. VI., VII., VIII. und IX. aber verdanke ich der gütigen Mittheilung meines leider zu früh verstorbenen unvergesslichen Oheims Dr. v. Röser, der 10te Fall ereignete sich während meiner praktischen Thätigkeit in Mergentheim, der 11te und 12te in Kupferzell, und die 3 zuletzt beobachteten Fälle in der Umgegend von Donzdorf, wo ich seit 4 Jahren Arzt bin. Ich lasse nun die Krankengeschichten nach der Reihe der Beobachtung folgen:

Fall I.

Den 19. September 1851 kommt der kräftige 22 Jahre alte H. von Blaufelden bei regnerischer Witterung zu Fuss 1½ Stunden weit zu uns und erzählt, dass er nach einem leichten Frostanfall am 17. September eine kleine verhärtete schmerzhafte Stelle auf der Mitte des Zungenrückens nahe an ihrem rechten Rande bemerkt habe, und dass dieselbe rasch des anderen Tages unter stechenden und bohrenden Schmerzen an Umfang zugenommen habe. Eine Ursache wusste Patient durchaus nicht anzugeben, auch liess sich eine solche durch die genaueste Untersuchung nicht auffinden. Die Zunge ist von der Spitze bis zur Wurzel zu einer kegelförmigen plumpen Masse aufgeschwollen, welche die Mundhöhle grösstentheils ausfüllt.

Ihre rechte Hälfte zeigt sich in Folge stärkerer Anschwellung etwas höher und zugleich gegen den Rand zu abgerundeter als die linke. Sie sieht eher blass und weniger roth als normal aus, ein schwacher, schmutzig weisser Beleg deckt die Mitte ihres zur Trockenheit neigenden Rückens. Bei der Berührung fühlt sie sich hart an und schmerzt ungemein. Die Bewegungen derselben sind sehr behindert, daher das Sprechen ganz unverständlich, lallend, das Schlingen selbst von Flüssigkeiten erschwert. Die Mucosa der ganzen Mundhöhle feucht, das Gaumensegel nur schwach geröthet, keine vermehrte Speichelsecretion bemerkbar. Die Lymphdrüsen in der Nähe der beiden Unterkieferwinkel und unterhalb des Kinnes, sowie die Gland. subling. sind etwas angeschwollen und schmerzen auf Druck. Der Patient hat einiges Fieber, klagt über vermehrten Durst und Appetitlosigkeit. Sein Gesichtsausdruck ist leidend und hat etwas eigenthümlich Aengstliches. — Es wird ein Laxans und 8 Stück Blutegel an den vorderen Theil der Zunge zu setzen verordnet.

Den 21. September, also 2 Tage später, wird berichtet: „dass sich der Zustand des Patienten verschlimmert habe, die Zunge fülle nun die ganze Mundhöhle aus und die Schmerzen seien sehr heftig. Das verordnete Mittel habe nicht stark abgeführt“. Leider konnte Patient nicht besucht werden; es wurden einstweilen 3 Unzen Ol. Ricini alle 2 Stunden einen Esslöffel voll zu nehmen verordnet und dem Kranken mitgetheilt, im Falle es nicht bald besser gehe, müsse ein Einschnitt in die Zunge gemacht werden. Allein nach einigen Tagen hörte man, dass sich rasch die Geschwulst und die Schmerzen verloren und die Zunge ihr früheres Volumen eingenommen hätte, der Patient ohne Weiteres genesen sei. —

Fall II.

Am 5ten Oktober 1851 kommt der eine Stunde von Bartenstein entfernt wohnende 60 Jahre alte noch rüstige Bauer A. aus Alkertshausen bei regnerischer nasskalter Witterung zu Fuss, und erzählt auf eine kaum verständliche Weise, „dass er vor 4 Tagen in der Nacht von Frösteln, gleichzeitigem Halsweh und am darauf folgenden Tage von heftigem Schmerz in einem kleinen Theile der Zunge befallen worden sei. An der schmerzhaften Stelle ungefähr in der Mitte des rechten Zungenrandes habe sich eine kleine harte Geschwulst gebildet, welche sich rasch über die ganze Zunge verbreitete.“ Eine Ursache weiss Patient nicht anzugeben.

Das Antlitz des Kranken ist entstellt, grosse Schmerzen und Dyspnoë verrathend und hat dabei einen sehr ängstlichen Ausdruck. Der sonst äusserst harte, nichts weniger als empfindliche Patient glaubt sich dem Tode nahe. Sein Puls ist frequent, hat über 120 Schläge in der Minute (wozu jedoch die Anstrengung durch den Marsch das Ihrige beitrug). Bei der näheren Untersuchung findet man folgende Veränderungen: Die Zunge stellte in ihrer ganzen vorderen Hälfte einen dicken, kegelförmigen, plumpen Wargel dar, welcher die vordere Parthie der Mundhöhle fast ganz ausfüllt, sich rechterseits aber etwas mehr geschwollen zeigt. Die Geschwulst ist ungemein schmerzhaft, selbst gegen die leiseste Berührung mit dem Finger sehr empfindlich, dabei derb anzufühlen. Ihre Farbe ist schmutzig blassroth, die Schleimhaut trocken und heiss, und besonders in der Mitte mit einem schmierigen, gelblich weissen Beleg versehen. Die rechte namentlich gegen den Rand zu etwas stärker ge-

wulstete Zungenhälfte zeigt eine mehr hellgelbe Farbe, gerade als ob diese Stelle mit eitrigem Exsudate infiltrirt wäre, fühlt sich dabei aber fest an. Die Zunge kann Patient weder hervorstrecken, noch auf die Seite bewegen. Das Sprechen ist unverständlich, lallend, ähnlich den Sprechversuchen bei fest auf den Boden der Mundhöhle mit den Fingern angedrückter normaler Zunge. Flüssigkeiten zu schlingen wird dem Kranken zur Unmöglichkeit, geschweige denn feste Substanzen. Nur beim Hintenüberbeugen des Kopfes gleitet das Getränke der Schwere nach hinunter. Die rechte Unterkieferdrüse fühlt sich höckerig hart, einem Scirrhus nicht unähnlich an, ist fast hühnereigross und bei der Berührung sehr schmerzend. Die linke Submaxillardrüse und die Submentallymphdrüsen zeigen sich nicht afficirt. Die Mandeln sowie der Rachen können nicht gesehen werden, weil die geschwollene Zunge sich nicht herabdrücken lässt und überdies der Versuch, dies zu thun, ungemeine Schmerzen erregt.

Die Behandlung bestand im Ansetzen von 8 Stück Blutegel in die Gegend der rechten Unterkieferdrüse, in der Verordnung einer Salbe aus Kal. jod. ʒj c. Jod. pur. ℈j Axung. porc. ℥ß zum Einreiben in die ganze an den Unterkiefer angrenzende Halsgegend *) und in der innerlichen Anwendung

*) Es sei gelegentlich gesagt, dass bei Anwendung von Salben (sei es Jodkali oder Quecksilbersalbe u. s. w.) deren Hauptbestandtheile resorbirt werden sollen, das Decken der eingeriebenen Stellen mit einem Stück getrockneter Rinds- oder Schweinsblase, englischem Wachstaffet oder Guttaperchapapier insofern die Wirkung des applicirten Mittels erhöht, als dadurch ein Verlust von Salbe vermieden wird, der nothwendigerweise entsteht, wenn Kleidungsstücke die Applicationsstelle bedecken, indem diese sich mit einer nicht unbedeutenden Quantität Salbe imbibiren. Auch abgesehen

einer abführenden Mixtur als ableitendes Mittel auf den Darmkanal. — Den 6. Oktober wurde Patient in seinem Wohnorte besucht. Die verordnete Arznei hatte keine Diarrhoe bewirkt. Die Zungengeschwulst ist noch bedeutender als gestern, damit auch die Bangigkeit und Athemnoth gestiegen. Der Kranke glaubt sich rettungslos verloren, sein Gesicht ist collabirt, der Puls klein und frequent. Die Zunge füllt die ganze Mundhöhle aus, zeigt sich dabei rechterseits immer noch stärker angeschwollen als links. Das Aussehen ihrer Seitenränder ist blassgelblichroth, ihr Rücken mit einem dicken, schmutziggelben Beleg versehen, die Spitze trocken. Die rechte Submaxillardrüse wie Tags vorher noch stark angeschwollen. — Dem rechten Zungenrand entsprechend wurde nun gerade in die walzenförmige Anschwellung von der Mitte der Zunge ausgehend bis nach vorne zur Spitze mit einem Bistouri ein wenigstens ½″ tiefer und also mehr als 1½″—2″ langer Einschnitt gemacht. Die Züge mit dem Messer mussten, um zu dieser Tiefe in die derbe Fleischmasse einzudringen, wiederholt werden, wobei jedesmal ein eigenthümliches Knirschen zu vernehmen war, ähnlich dem beim Durchschneiden spannender fibröser Gebilde. Es flossen ungefähr 3 Unzen hellrothen Blutes aus der Schnittwunde aus und Patient fühlte sich sogleich ungemein erleichtert, ja er konnte seine Zunge etwas besser bewegen und etwas deutlicher sprechen, während er vor dem Einschnitt kaum ein verständliches Wort hervorzubringen im Stande war. Ausserdem wurde ein Infusum Sennae mit Magnes. sulfuric. und Tart. emet. stündlich zu 2 Esslöffel zum Zwecke der Ableitung verordnet und mit der Jodsalbe-Einreibung fortgefahren.

---

hievon ist dieses Verfahren schon der Reinlichkeit halber zweckmässig.

Den 7ten Oktober wurde vom Wundarzte desselben Ortes berichtet: „der Patient sei beinahe genesen, die verordnete „Arznei hätte starken Durchfall bewirkt, das Schlingen selbst „von festen Substanzen und auch das Sprechen gehe bedeu-„tend besser, die Schmerzen in der Zunge hätten sich ganz „verloren und das Volumen derselben wäre fast dem normalen „gleich, nur die Schnittwunde incommodire in Etwas. Das „Fieber sei vollständig verschwunden."

Man vernahm von da an Nichts mehr von dem Patienten und traf ihn zufällig den 17. Oktober arbeitend auf einem Feldwege. „Der jetzt kaum mehr geschwollenen Unterkiefer-Drüse wegen, erzählt A., habe er bisher mit der Einreibung der Jodsalbe fortgesetzt, und ausser einiger Beschwerde beim Bewegen der Zunge, vermuthlich in Folge der Narbenzusammenziehung an der Incisionsstelle, spüre er längst nichts mehr." Auch zeigt sich bei der Besichtigung der Zunge mit Ausnahme der Narbe nichts Abnormes.

Fall III.

Den 13ten Oktober 1851 wurde der 17jährige, kräftig gebaute H. in Blaufelden, 2½ Stunden von Bartenstein entfernt, besucht. Er erkrankte vor 4 Tagen, wo es ihn mit lebhaftem Frösteln und Hitze, Appetitlosigkeit, Schmerzen im Halse und der Zunge befiel, welch' letztere in einem Zeitraum von 4 Tagen die sogleich zu beschreibende Grösse erreichte. Von dem im Orte wohnenden Wundarzte waren Abführmittel und Blutegel an den Hals und oberflächliche kleine Einschnitte in die Zunge angewendet worden. In der Nacht vom 12ten auf den 13. Oktober traten derartige Beängstigungen und dyspnoische Erscheinungen ein, dass der Kranke wiederholt an das Fenster sprang, um Luft zu

schöpfen. Flüssigkeiten konnte er nur beim Hintenüberbeugen des Kopfes und blos in sehr geringer Quantität — (einige Tropfen) — hinablassen; wenn er ruhig dalag, delirirte er meistens. Den kräftigen Burschen traf man Morgens den 13ten Oktober vom Schweisse triefend mit rothem, gedunsenem, ängstlichem und entstelltem Gesichte, sehr schnellem, kleinem Pulse, grosser Athemnoth im Bette sitzend. Die voluminöse, kugelige Zunge füllte die Mundhöhle ganz aus; es war in diesem Falle hauptsächlich die hintere Partie der Zunge — die Wurzel — der Sitz der Anschwellung. Die Geschwulst zeigte sich bei der Berührung mit den Fingern fest, derb und sehr schmerzhaft, wesshalb man von dem Versuche, mittelst eines Spatels die Zunge herabzudrücken, um die Beschaffenheit der hintern Partie der Mund- und Rachenhöhle näher zu erforschen, alsbald abstehen musste. Doch schien es, als ob das Gaumensegel stark geröthet gewesen. Das Aussehen der geschwollenen Zunge war schmutzig blassroth, an den Seitentheilen — (denn die Ränder waren vollständig verstrichen) — etwas mehr ins Gelbliche spielend. Die Mitte der Zungenoberfläche deckte ein dicker, schmutzig weisser Beleg, gegen die Spitze zu zeigte sie sich trocken. Die Gland. subling. und die Lymphdrüsen unter dem Kinne waren in diesem Falle besonders stark intumescirt und auf Druck schmerzhaft, allein auch die Gegend der Submaxillardrüsen beiderseits war angeschwollen, so dass die untere Umgebung des Unterkiefers einigermassen einen der Angina Ludwigi ähnlichen Anblick darbot, die Haut zeigte aber keine Spur von Röthung. Patient konnte kein einziges verständliches Wort hervorbringen, die Sprechversuche bestanden in einem widerlichen Näseln und Lallen. Das Schlingen war ganz unmöglich. Da die vordere

Hälfte der Zunge rechterseits etwas stärker geschwollen erschien als linkerseits, so machte man auf jener Seite so tief man nach hinten gegen die Zungenwurzel zu mit dem Bistouri eindringen konnte, bis nach vorne gegen die Spitze einen $^1/_2$" tiefen und ungefähr $1^1/_2$" langen Einschnitt, jedoch wegen der einigen Widerstand leistenden Härte der Geschwulst wieder in 2 Zügen. — Auch hier vernahm man das eigenthümliche Knirschen. Es ergossen sich etwa 3 ℥ Blut und es zeigte sich augenblicklich einige, wenn auch nicht so merkliche und anhaltende Erleichterung wie im vorhergehenden Falle. Da Patient schon zum Zwecke der Ableitung hinreichend laxirt worden war und noch etwas Durchfall hatte, so verschrieb man ut fiat aliquid eine Mixtur von Kal. nitr. depurat. mit Liq. Ammon. acet.; ausserdem noch eine Salbe mit Kal. jodat. und Jod. pur. zum Einreiben in die geschwollene Parthie unterhalb des Unterkiefers.

Des andern Morgens den 14. Oktober wurde berichtet, dass beim Kranken zwar das Athmen leichter gehe und grosse Ruhe des verflossenen Tags über eingetreten sei, aber gegen Abend zu und die Nacht hindurch sich alle Krankheitserscheinungen wieder verschlimmert hätten, und dass dieselbe in einer unsäglichen Angst und Unruhe verbracht worden wäre. Auch sei das Hinabschlingen der Arznei noch irgend einer andern Flüssigkeit durchaus unmöglich gewesen. An demselben Vormittage wurde Patient noch besucht. Man fand den vorderen Theil der Zunge viel weniger mehr geschwollen, als Tags zuvor, besonders die rechte am meisten geschwollen gewesene Hälfte, wo die Incision gemacht wurde, bedeutend verkleinert, den Zungenwurzeltheil aber noch so vergrössert, dass er die ganze hintere Parthie der Mundhöhle ausfüllte,

und dadurch vom Gaumensegel, noch weniger von den Tonsillen etwas gesehen werden konnte. Der Versuch, mit dem Spatel die Zungenwurzel niederzudrücken, um zu sehen, ob das Hinderniss des Schlingens zum Theil nicht auch in einer entzündlichen Anschwellung der Tonsillen begründet sei, war theils wegen der grossen Schmerzhaftigkeit, theils auch wegen der Straffheit und Derbheit der Geschwulst beim ersten Versuche unmöglich. Der Puls zeigte sich viel ruhiger und etwas voller, als Tags vorher. Man wiederholte nach einiger Zeit das Niederdrücken der Zunge mit dem Spatel behufs der Erforschung des Rachens, zumal da sich Patient ungemein standhaft zeigte, und sah bei diesem Versuche hinten zwischen dem harten Gaumen und der Zunge ungefähr einen kleinen Kaffelöffel voll chokoladefarbiger (blutigeitriger) Flüssigkeit und bei wiederholt verstärkten, sehr Schmerzen erregenden Drucke noch mehr hervorquellen, so dass ohne Zweifel sich ein Abscess in der hinteren unteren Zungenparthie eröffnet haben musste und man daher von weiteren Einschnitten abstund. Die dem Patienten vorhergesagte baldige Besserung erfolgte Tags darauf und machte so rasche Fortschritte, dass nach zwei Tagen vollständige Genesung eintrat. Es soll nämlich den ganzen Tag über nach Eröffnung des Abscesses hinten aus dem Rachen Eiter hervorgeflossen sein, welcher dem Gefühle des Patienten nach aus der Gegend unter dem Kinn zu kommen schien, da sich beim Druck auf diese Gegend mehr Eiter entleert haben soll. Offenbar muss sich in diesem Falle der Eiter am hinteren Theil der Zungenwurzel einen Ausgang gebahnt haben.

Fall IV.

E., 54 Jahre alt, in Saalbach, eine Stunde von Blaufelden entfernt, wurde Montag den 19ten Oktober 1851 nach einer leichten Erkältung, welche er als Ursache angibt, von Frösteln mit darauf folgender Hitze und einem lebhaften Schmerz in einem kleinen Theile der Zunge befallen. Dieser Schmerz soll nach Aussage des Patienten etwas mehr nach rechts von der Mittellinie, ungefähr in der Mitte des rechten Seitenrandes der Zunge seinen Sitz gehabt und sich so geäussert haben, als wenn dort die Zunge verbrannt worden wäre. Zugleich soll an der schmerzhaften Stelle ein Knötchen entstanden sein, welches rasch sich in die Breite ausdehnte, so dass die ganze Zunge hart anschwoll.

Den 23ten Oktober wurde Patient besucht: die Zunge zeigte sich besonders in ihrer vorderen Hälfte, weniger nach hinten gegen die Fauces zu geschwollen. Sie stellte einen breiten wargelartigen, rechts etwas stärker aufgeschwollenen Klumpen dar, der die vordere Parthie der Mundhöhle zum grössten Theile ausfüllte. Bei starkem Oeffnen des Mundes konnten das Gaumensegel und ein Theil der Mandeln, deren Schleimhaut sich stark geröthet zeigte, gesehen werden, es war somit die Anschwellung der Zunge nicht so bedeutend, als wie in den beiden vorhergehenden Fällen. Der Druck mit den Fingern auf die Zunge erregte lebhafte Schmerzen, besonders der auf die rechte stärker geschwollene Parthie, welche sich dabei etwas fester und an der am meisten hervorragenden Stelle zugleich etwas uneben, höckerig anfühlte und hier auch am empfindlichsten war. Die Zunge hatte dabei ebenfalls eine blassrothe, schwach ins Gelbliche spielende Farbe. Ihre obere Fläche deckte in

der Mitte ein starker schmutzig weisser Beleg. Die Bewegungen der Zunge waren sehr schwerfällig, daher das Sprechen unverständlich, lallend und das Schlingen selbst von Flüssigkeiten sehr erschwert und schmerzhaft. Das Hinderniss beim Hinabschlingen gab Patient in der Kehlkopfgegend an, hatte aber offenbar in der Schwerbeweglichkeit der Zunge seinen Grund, indem die Flüssigkeit beim nach Hintenüberbeugen des Kopfes leicht hinunterglitt. Die Sekretion der Mundhöhlenschleimhaut war in etwas vermehrt und zugleich ein geringer Grad von Salivation vorhanden. Die Lymphdrüsen unter dem Kinn, sowie auch die rechte, weniger die linke Submaxillardrüse schmerzten auf Druck und zeigten sich angeschwollen. Der Durst war mässig, Puls fast normal.

Ein Wundarzt hatte schon Blutegel und Quecksilbersalbe (?) zur Application an den Hals verordnet und zuletzt denselben ohne Erfolg mit Tr. Jod. bepinseln lassen. Es wurde daher an der rechten Seite in der Nähe des verstrichenen Zungenrandes mit einem spitzen geraden Bistouri eine $1^1/_2$'' lange Incision in die harte Masse gemacht, welche um einige Tiefe zu erhalten, einen 2ten Zug nöthig machte. Auch hier zeigte sich beim Einschneiden die derbe Zungensubstanz unter dem Messer knirschend. Ein kleines Einschnittchen wurde noch in die höckerige Hervorragung, auf dem Zungenrücken rechterseits von der Mitte gelegen, in der Absicht vorgenommen, um dem allenfalls in der Tiefe gebildeten Eiter dadurch einen Ausweg zu bahnen. Beim Incidiren äusserte Patient heftige Schmerzen, fühlte sich aber alsbald ziemlich erleichtert, so dass er eine geringe Quantität von Flüssigkeit etwas besser hinabschlingen konnte. Aus der Schnittwunde entleerten sich ein

paar Unzen Blut. Es wurde Kal. nitr. mit Liq. Ammon acet., wenn vorher Ol. Ricini alle 2 Stunden zu 1 Esslöffel voll genommen hinreichend Abführen bewirkt, verordnet und dem Patienten aufgetragen, den Hals mit Tr. Jodi fort. einzupinseln. Nach 4 Tagen vernahm man, dass die nach dem Einschneiden erfolgte Besserung rasche Fortschritte gemacht habe, und die Zunge gegenwärtig ihre alte Gestalt und Grösse besitze.

Fall V.

Frau S., 68 Jahre alt, in Zaisenhausen, 3/4 Stunden von Bartenstein entfernt, von lymphatischer cretinenartiger Constitution, mit Struma behaftet, wurde Montag den 27. Oktober 1851 Abends von Frösteln mit nachfolgender Hitze und Schmerzen im Kopfe und Halse in der Gegend über dem Kehlkopf befallen. Tags darauf brachte sie wegen der Schmerzen im Kopfe und Halse, welche gegen Abend geringer wurden, schwitzend im Bette zu. Den 29ten glaubte sie sich wieder besser, blieb desshalb meist ausser Bett. Patientin wurde aber nicht wenig in Erstaunen versetzt als sie Donnerstag den 30ten vom Schlaf erwacht ihre ganze Zunge sehr angeschwollen, schmerzhaft und schwer beweglich fand und das Sprechen und Schlingen sich sehr behindert zeigte. Die Schmerzen im Halse waren nun völlig verschwunden und der Kopfschmerz ganz unbedeutend. Ausser einem Diätfehler und einer leichten Erkältung auf dem Felde konnte Patientin sonst keine andere Ursache angeben.

Den 31ten Oktober Morgens wurde die Kranke besucht. Die Zunge bildet einen mehr breiten, nicht so ausgesprochen kugeligen, an der Spitze etwas abgeplatteten, kegelförmig auslaufenden Wargel, welcher

die Mundhöhle der Quere nach fast ganz ausfüllt. Die Geschwulst ist vorzüglich hinten an der Zungenwurzel sehr beträchtlich, so dass man von den Rachentheilen Nichts sieht. Die Spitze der Zunge kann mit einiger Schwierigkeit etwas in die Höhe gehoben werden. Das infiltrirte Zungengewebe ist auf Druck nur wenig empfindlich und fühlt sich gleichmässig hart an. Die rechte Seitenhälfte ist kaum merklich stärker geschwollen, als die linke. Die Ränder sind verstrichen, abgerundet, die Farbe schmutzig blassroth, ins Gelbliche spielend, die Schleimhaut des Zungenrückens in der Mitte mit einem dicken schmierigen, gelblichweissen Beleg versehen. Patientin spricht trotz der bedeutenden Anschwellung ziemlich deutlich, wiewohl stark näselnd, und kann beim Hintenüberbeugen des Kopfes Flüssigkeiten hinabschlingen. Im Munde läuft eine grosse Quantität Speichel zusammen, welche so bedeutend ist, dass in kurzer Zeit Sacktuch und Kopfkissen durchnässt sind. Die Submaxillardrüsen zeigen sich beiderseits in geringem Grade angeschwollen und auf tieferen Druck schmerzhaft. Ausser etwas Kopfschmerz keine subjectiven Erscheinungen, Appetit wäre schon vorhanden, allein es kann nichts Festes hinabgeschlungen werden; Puls fast normal, Haut leicht schwitzend, Stuhl in Ordnung. — Gestern Abend wurde etwas Kal. nitr. mit Liq. Ammon. acet. verordnet, heute ausser einigen Unzen Ol. Ricini alle Stunden 2 Esslöffel voll zu nehmen bis Abführen erfolgt, und einer Salbe von Kal. jodat. zur äusserlichen Applikation in den Hals, nichts Weiteres ordinirt.

Den 1ten November sah ich Patientin wieder. Auf der rechten heute etwas stärker angeschwollenen Zungenhälfte bemerkt man eine unebene, höckerige, ungefähr Sechser grosse

Stelle, welche sich weicher als die Umgebung anfühlt, in der Mitte eine gelbliche Farbe hat und von einem einige Linien breiten, schwach gerötheten Hofe umgeben wird. Eine ähnliche etwa erbsengrosse Hervorragung befindet sich ausserdem noch links an der kegelförmig auslaufenden Zungenspitze. Offenbar kleine Abscesschen in den superficiellen Schichten des Zungenparenchyms (submucösen Zellgewebe), welche eine täuschende Aehnlichkeit mit den pustelartigen Eruptionen, wie man sie bei Blattern nicht selten auf der Zunge beobachtet, hatten. — Mit dem Spatel kann die Zunge nur soweit nach abwärts gedrückt werden, dass man den etwas gerötheten oberen Theil des Gaumensegels und Zäpfchens erblicken kann. Bei diesem Versuche äussert Patientin nur wenig Schmerzen und gibt an, es sei überhaupt mehr ein unangenehmes Gefühl von Schwere, gerade als liege ein Stein oder ein Stück Blei in der Mundhöhle, das sie belästige. — Im Ganzen ist die Anschwellung etwas geringer als gestern und es zeigt sich gegen die Zungenspitze linkerseits eine schwache muldenförmige Vertiefung, die bei dem im geringen Grade und äusserst träge vor sich gehenden Hervorstrecken derselben deutlicher in die Augen springt. Die rechte Parthie der Zunge dagegen erscheint convex, stärker geschwollen. Die Salivation ist nicht mehr so bedeutend. Das Ol. Ricini bewirkte mehrere dünne Stühle. Da keine dringende Indication zur Incision vorhanden, die Kranke nur wenig Beschwerden durch ihre Zungengeschwulst hatte, die Affektion überdies im Rückschritt begriffen, so verordnete man Nichts weiter und liess nur die Einreibung der Jodsalbe fortsetzen.

Den 2ten November wird berichtet, die Zungenanschwellung sei etwas geringer, sie habe sich nach vorne mehr zuge-

spitzt, sonst aber im Wesentlichen nicht verändert. — Den 4ten November: Die Zungengeschwulst hat sich wohl um die Hälfte verkleinert, die Abscesschen sind durch Entleerung verschwunden, die Bewegungen gehen etwas leichter von Statten, daher das Sprechen und Schlingen weniger mehr behindert. Leider konnte ich Patientin in den nächsten Tagen nicht mehr besuchen, auch vernahm man von da an nichts mehr von ihr. Zufällig jedoch traf ich dieselbe nach einigen Wochen, als ich andere Kranke in ihrem Wohnorte besuchte. Sie erzählte mir, dass die Geschwulst von Tag zu Tag geringer geworden, sich endlich nach ungefähr 4 bis 5 Tagen ganz verloren habe. Gegenwärtig bemerkt man nichts Abnormes mehr an derselben.

Fall VI.

Im Februar des Jahres 1852 wurde der im letzten Stadium der Lungentuberkulose befindliche Sattler G., 48 Jahre alt, in Mergentheim, von einer Glossitis befallen. Das Bett konnte er schon mehrere Wochen nicht mehr verlassen und seine Stimme war schon seit 14 Tagen heiser, als plötzlich seine Zunge ohne bekannte Veranlassung unter heftigen Schmerzen anschwoll und diess besonders auf der rechten Hälfte. Gleichzeitig damit stellte sich aber auch eine äusserst schmerzhafte Anschwellung sowohl der linken als auch der rechten Submaxillardrüse ein, welche letztere insbesondere schnell halbhühnereigross und höckerig gleich einer scirrhösen wurde, — die Zunge selbst erreichte die Gestalt eines kugeligen, plumpen Wargels, füllte nicht nur die ganze Mundhöhle aus, sondern ragte auch etwas zwischen den geöffneten Zahnreihen mit ihrem stumpfen vorderen Ende hervor. Ihre Farbe war gelblich blassroth, das Sprechen und Schlingen un-

möglich, die ohnehin behinderte Respiration durch die Zungengeschwulst noch mehr beeinträchtigt, so dass bei dem sehr schwachen Kranken am 5ten Tag der Zungenaffection der Tod in einem Erstickungsanfall eintrat.

Bei der Section quoll aus der Durchschnittsfläche der rechten am meisten geschwollenen Parthie der Zunge aus den Zwischenräumen der durch gelbliches, infiltrirtes Zellgewebe auseinandergehaltenen Muskelbündel beim Druck etwas schmutziggelber Eiter hervor. Der Eiter war noch nicht in einen Abscess vereinigt, sondern das in das interstitielle Muskelzellgewebe ergossene croupöse Exsudat war, durch Auseinandertreiben der Muskelbündel die Zungengeschwulst erzeugend, in den Zellgewebsmaschen eitrig zerflossen und in denselben zum Theil noch zurückgehalten. Die Submaxillardrüse stellte auf der Durchschnittsfläche eine schmutzig weissliche (mit Exsudat infiltrirte) Masse dar, die auf ihrer Oberfläche mit starken Gefässentwicklungen umgeben, ein röthliches Aussehen zeigte. In den Lungen fanden sich die diagnosticirten Tuberkel und Cavernen. —

Fall VII.

Dieser Fall betrifft ein zweijähriges Kind in Gerabronn, dem im Monate Mai rasch und zwar zuerst die untere Parthie der Zunge Ranula-ähnlich anschwoll. Von da beginnend breitete sich die Geschwulst über die ganze Zunge aus, so dass sich dieselbe auch zu einer kugeligen, plumpen, blassrothen, die Mundhöhle ausfüllenden Masse gestaltete. Das Kind jammerte sehr, hatte viel Schmerzen. Die beiden Unterkieferdrüsen und die Drüsen unter dem Kinne waren etwas geschwollen und zeigten sich gegen die Berührung sehr

empfindlich. Blutegel, Nitrum waren die Mittel. Die Entzündung schritt zwischen dem 5ten und 7ten Tage nach ihrem Auftreten zurück, so dass bald vollständige Genesung erfolgte.

Fall VIII

ereignete sich im Oktober 1853 und betraf den 36 Jahre alten K. in Bartenstein, der schon früher öfters an Angina tonsillaris litt und vor 8 Tagen nach einer Durchnässung mit Halsschmerzen und Schlingbeschwerden an Angina faucium erkrankte. Die Beschwerden nahmen derart zu, dass er kaum mehr verständlich sprechen noch schlingen konnte und desshalb den 6ten Oktober ärztliche Hilfe verlangte. „Als ich ihn sah, bemerkt Röser, floss übelriechender Speichel wie beim stärksten Speichelfluss aus dem Munde, das Zahnfleisch war etwas geröthet und gewulstet, aber kein Losstehen der Zähne oder Merkurialgeschwüre vorhanden. Anwendung von Quecksilber wurde entschieden in Abrede gestellt. In den Fauces war keine vermehrte Röthe mehr bemerkbar, die Tonsillen nicht geschwollen, das Niederdrücken der Zunge schmerzte aber sehr, wodurch ich meine Aufmerksamkeit auf diese richtete. Dieselbe zeigte sich nicht der Art verdickt, dass sie die ganze Mundhöhle in geöffnetem Zustande ausgefüllt hätte, doch war sie rund wulstig und dies besonders an der vorderen Hälfte, welche sich hart und sehr schmerzhaft anfühlte, ebenso und noch mehr geschwollen zeigte sich die untere Fläche der Zunge, und der Boden der Mundhöhle. Alle Drüsen unter dem Kinne waren intumescirt, hart und sehr empfindlich gegen Druck; die Sprache durch die Unmöglichkeit, die Zunge zu bewegen, ganz unverständlich, daher auch das Schlingen un-

möglich. Die Zunge lag wie ein unbeweglicher Wulst zwischen den Unterkieferbögen. In der darauffolgenden Nacht, nachdem die Schlingbeschwerden und der Schmerz aufs höchste gestiegen, brach unter der Zunge plötzlich ein Abscess auf und mit grösster Erleichterung entleerte sich aus der Oeffnung rechts neben dem Frenulum viel stinkender Eiter.

Den 7ten Oktober ist zwar die vordere Hälfte der Zunge noch wulstig und hart, aber gegen die Berührung bei weitem nicht mehr so schmerzhaft, ebenso nicht mehr die Unterzungengegend, auch die Drüsen, besonders die Sublingualdrüse sind nicht mehr so geschwollen, das Sprechen und Schlingen besser. In vorliegendem Falle befand sich die in Eiterung übergegangene Entzündung vorzüglich in der vorderen unteren Parthie der Zunge und der Zungenwurzel.

Fall IX

betraf einen Mann von 40 Jahren aus Brettenfeld, welcher bei schlechter Witterung zu Fuss Roeser in Gerabronn consultirte. Seit 5 Tagen war seine Zunge wulstig angeschwollen, nicht besonders geröthet, gegen Berührung sehr empfindlich, zwischen die Zähne etwas nach vorne gelagert, wobei die Sprache kaum möglich und das Schlingen höchst beschwerlich war, trotzdem die Zunge nicht ganz die geöffnete Mundhöhle ausfüllte. Er klagte über Schmerz im Unterkiefer in der Gegend der Submaxillar- und Sublingual-Drüsen, welche sich jedoch nicht besonders angeschwollen zeigten. Auch in diesem Falle war mehr die vordere Hälfte der Zunge wulstförmig geschwollen, dagegen weniger der Boden der Mundhöhle wie im vorhergehenden Falle. Leider findet sich Weiteres über den Verlauf der Krankheit nicht notirt, es ist anzunehmen, dass der Fall mit baldiger Zertheilung

endete, weil ärztliche Hilfe nicht mehr in Anspruch genommen wurde. Die Ordination bestand in einem Laxans salin.

Fall X

beobachtete ich den 3ten August 1859 während meiner praktischen Thätigkeit in Mergentheim. Wittwe H. in Markelsheim, 54 Jahre alt, litt schon 8 Tage an einer entzündlichen Anschwellung der Zunge, gegen welche von einem anderen Arzte Blutegel, Jodsalbe, Gargarismen und Abführmittel ohne besonderen Erfolg angewendet wurden. Bei meinem Besuche fand ich eine rechtsseitige partielle Entzündung des tieferen Zungengewebes; die Geschwulst am stärksten in der Gegend des Zungengrundes entwickelt, fühlte sich hart knotig an, hatte kein besonders geröthetes Aussehen, die Röthe glich eher der natürlichen, die geschwollene Zunge war äusserst schmerzhaft bei der Berührung und bei Bewegungsversuchen, Schlingen und Sprechen desshalb auch sehr erschwert. Ich machte 4 Einschnitte in die knotigen Stellen der Zungengeschwulst, schon nach dem ersten fühlte sich Patientin ungemein erleichtert, und um etwas zu verordnen, verschrieb ich ein Jodliniment. Am 5ten August besuchte ich Patientin wieder und fand die Zunge wesentlich abgeschwollen, kaum mehr empfindlich auf Druck, Sprechen und Schlingen ging besser von Statten. Bei einem gelegentlichen Besuche am 10ten erzählte mir Patientin, dass die Besserung von Tag zu Tag fortgeschritten und sie seit mehreren Tagen gar nichts mehr fühle; — bei Besichtigung derselben fand ich das Organ, die narbigen Stellen ausgenommen, im normalen Zustande.

Fall XI.

Samstag den 7ten September 1861 kam Catharina Steinle von Unterregenbach zu mir nach Kupferzell; sie diente in Rüblingen, 1 Stunde von Kupferzell entfernt, und klagte über eine Anschwellung ihrer Zunge. Sie ist 39 Jahre, regelmässig menstruirt und zwar das letztemal in der vorigen Woche sehr stark und länger als sonst. Sie fühlte sich schon die ganze Woche unwohl, über Frösteln, Hitze, Mattigkeit und Schwindel klagend, am Mittwoch den 4ten September schmerzte sie auf einmal ihre Zunge, wie wenn sie an ihrer Spitze verbrannt oder mit Blattern bedeckt wäre, wie sich Patientin ausdrückte, dabei schwoll sie an der Spitze an, es gesellte sich salziger Geschmack mit Speichelfluss und erschwertes Schlingen dazu, die Schwellung der Zungenspitze nahm von Tag zu Tag zu und damit die übrigen Beschwerden; doch ging Patientin immer noch ihrer Beschäftigung als Bauernmagd nach. Beim Kartoffelgraben am 6ten Sept. wurde sie von Neuem mit Frost und Hitze befallen, darauf verbreitete sich die Schwellung weiter nach hinten und nahm bedeutend an Umfang zu, das Gefühl von Hitze und Brennen, Schlingbeschwerden steigerten sich beträchtlich, Ohrenreissen und Kopfschmerzen gesellten sich dazu, und es floss ihr beständig der Speichel im Munde zusammen; seit gestern den 6ten Morgens hat Patientin nichts als eine Suppe zu sich genommen, Stuhl angehalten und starke Schweisse in der Nacht bei unruhigem Schlafe. Patientin wird in das kleine Spital in Kupferzell aufgenommen.

Status praesens. Bei der Untersuchung der Mundhöhle findet sich auf der linken Seite des Unterkiefers ein scharfkantiger Zahnstumpen des vorletzten Back-

zahns, sonst nichts Abnormes. Die vordere Parthie der Zunge ist kegelförmig angeschwollen, fühlt sich wie ein Furunkel im ersten Stadium als ein quer-ovaler härtlicher Knoten an, scharf von dem hinteren gesunden, weicher anzufühlenden Zungenparenchym abgegrenzt. Dieser Knoten schmerzt sehr bei der Berührung und zeigt seitliche, stärker geröthete Eindrücke der Backzähne, sieht blassroth aus und macht den Eindruck einer ödematösen Schwellung, nur die turgescirten Papillen der Zungenspitze sind lebhaft roth gefärbt, und verleihen derselben dadurch ein getüpfeltes Aussehen. Die entzündete Parthie der Zunge ist ziemlich frei von Beleg, dagegen nimmt derselbe nach hinten gegen die Zungenwurzel zu. Die Schleimhaut der übrigen Mundhöhle und Fauces nicht hyperämisch, Speichelfluss mässig. Die Bewegung der Zunge unbeholfen, Sprechen und Schlingen erschwert, häufig leeres Schlucken und eigenthümliches Glucksen. Unterzungendrüse geschwollen, daher die Gegend unter dem Kinne schmerzhaft auf Druck; morgendliche Temperatur der Mundhöhle unter der Zunge 37,2 C., der Achselhöhle 37 C., Puls 90 bis 96, Abends Puls 102, Temperatur der Achselhöhle 38 C. Ordination bestand blos in Zergehenlassen von Eis im Mund.

Den 8ten Morgens Abnahme der Geschwulst, Schmerzen und des Fiebers. Eis und Ol. Ricini wegen Stuhlverstopfung.

Den 9ten und 10ten hat sich die Entzündung so rasch rückgebildet, dass Patientin am 11ten schon als genesen entlassen wird.

Fall XII.

Den 29ten März 1862 besuchte mich der 40 Jahre alte Knecht B., der in Waldenburg diente, in Kupferzell und er-

zählte, dass er seit 8 Tagen sich unwohl fühle, ihm am 22ten d. M. die Zunge geschwollen und sich in der linken Zungenhälfte ein Knoten von der Grösse einer Bohne gebildet habe, welcher gleich von Anfang sehr schmerzte. Der Knoten vergrösserte sich über Nacht derart, dass Patient bis Sonntag den 23ten früh in Folge der Zungenanschwellung nichts mehr als Flüssigkeiten geniessen und nicht mehr deutlich sprechen konnte; trotzdem versah Patient noch seine Geschäfte. Die Geschwulst nahm, nachdem sie mehrere Tage sich gleich geblieben, immer mehr zu, der Speichel floss beständig im Munde zusammen, die Schmerzen steigerten sich von Tag zu Tag und seit gestern konnte der Kranke gar nichts mehr schlingen; dazu gesellte sich noch von einem cariösen Backzahn ausgehendes heftiges Zahnweh, das den ohnedies gestörten Schlaf vollständig raubte. B., von kräftiger Constitution, hatte ausser öfteren entzündlichen Anschwellungen der Zungenpapillen, die meist über Nacht wieder verschwanden, nie eine entzündliche Affection im Munde oder Halse gehabt; dagegen waren seine Zahnkronen sämmtlich vollständig abgeschliffen wie bei alten Pferden, die Ränder derselben scharfkantig, insbesondere der erste obere Backzahn linkerseits, die Kronen der Schneidezähne im Oberkiefer fast bis zum Zahnfleisch usurirt, dagegen die unteren Schneidezähne und sämmtliche noch vorhandenen Backzähne weniger stark abgenützt. —

Die Zunge zeigte sich unförmlich knotig geschwollen, die Tumescenz betraf vorzüglich ihre linke Hälfte; während der Rücken mehr gleichmässig geschwollen den hinteren Theil der Mundhöhle bis zum Gaumengewölbe ausfüllte, war der linke Rand dagegen uneben, knotig angeschwollen, und es sprang beim Aufheben der Zungen-

spitze insbesondere ein Knoten von der Grösse einer kleinen Welschnuss in die Augen, dabei fühlte sich die Geschwulst hart an und war für das Gefühl scharf vom gesunden Zungengewebe des rechten Zungenkörperrandes und der Zungenspitze abgegrenzt, wodurch sie eine eigenthümliche höckerige Form bekam, sich nach rechts gegen den Rand zu verjüngend, nach links und etwas nach hinten zu an Dicke zunehmend; wenn man die Zunge zwischen die Finger fässte, ein Versuch, der sehr schmerzte, so liess sich der ganze Tumor in der Grösse eines kleinen, etwas abgeplatteten höckerigen Hühnereies umgreifen. Die Farbe der geschwollenen Zungenparthie war oben schwach bläulichroth, einer ödematösen Infiltration gleichend, an der unteren Fläche stärker geröthet mit einem Stich ins Gelbliche, wie wenn sich in der Tiefe des Knotens Eiter befände, dafür fühlte sich dieselbe doch viel zu hart an, sie war bei der Berührung und Bewegungsversuchen sehr schmerzhaft. Auf dem Rücken zeigte die Zunge einen starken gelblich-weissen Beleg, der in der Mitte nach rechts und hinten zu mehr gleichmässig, nach links mehr fleckig, die Ränder und Spitze aber frei von Beleg waren. Die Schleimhaut des Bodens der Mundhöhle, desgleichen die der übrigen Mundhöhle und namentlich die des Gaumensegels linkerseits sahen geröthet und geschwollen aus. Die Lymphdrüsen am Halse waren nicht geschwellt, nur in der linken Regio submaxillaris einige Schmerzhaftigkeit auf Druck, Salivation mässig, grosser Durst, aber durchaus kein Fieber, Puls 72.

Ich machte 3 Incisionen in die knotige Geschwulst der Zunge, die untere seitliche blutete am stärksten, es entleerte sich jedoch kein Eiter, trotzdem ich tief einschnitt; auf die Incisionen aber sichtliche Erleichterung. Die weiteren Ordinationen

bestunden in einer Mixtura laxans salina und in Eis beständig in den Mund zu nehmen. Da aber Patient wieder seinen Geschäften als Hausknecht nachging und das verordnete Eis nicht anwendete, so erfolgte eine Verschlimmerung der Entzündung mit Uebergang in Eiterung und Steigerung aller Beschwerden, die sich erst vollständig hoben, nachdem der Abscess nach einigen Tagen aufgebrochen war. —

Fall XIII

betraf einen 27 Jahre alten, kräftigen Bauernburschen von Schnittlingen, auf der Alb gelegen. Derselbe erkrankte den 7ten Januar 1864 mit den Erscheinungen einer Angina tonsillaris et faucium superficialis und gleichzeitigem scharlachähnlichem Exanthem auf der Brust, Halse und Gesichte; es herrschte um diese Zeit der Scharlach in der Umgegend von Donzdorf. Am 9ten Abends gesellte sich zur Angina faucium auch eine Entzündung der *hinteren an die Mandeln angrenzenden Zungenparthie*, es *schwoll dieselbe so stark auf, dass sie bis zum Gaumengewölbe hinaufragte*, sie zeigte sich intensiver roth, beinahe *scharlachroth* und sehr schmerzhaft, namentlich beim Versuch zu sprechen und schlingen. Ersteres bestand nur in einem undeutlichen Lallen, letzteres war nur für Flüssigkeiten noch ermöglicht, dabei *starke Salivation*, übler Geruch aus dem Munde, *Schwellung der seitlichen Lymphdrüsen am Unterkiefer*. In der Nacht vom 10ten auf den 11ten stellte sich eine rasche Abnahme aller Beschwerden und Entzündungserscheinungen ein, nachdem sich ein kleiner *Abscess am Zungengrunde* entleert hatte, und in einigen Tagen war und blieb Patient vollständig genesen. Es wurde

innerlich eine Mixtur aus Kal. chloric. (mehrmals wiederholt) verabreicht und zum Gurgeln eine Solution von Kal. chloric. ʒjj, Aq. Salv. ℥vjj, Glycerin ℥j verschrieben, Oeleinreibungen und Cataplasmen in und um den Hals gemacht. Leider konnte ich den Kranken nur einmal besuchen.

Fall XIV

ereignete sich in Donzdorf im Juni 1864 und betraf die 84 Jahre alte blödsinnige V., die bei zahnlosen Kiefern an einem mässigen Grad von Macroglossie litt. Den 26ten Juni schwoll ihr ohne Veranlassung plötzlich *die Zunge in ihrer rechten vorderen und seitlichen Parthie wulstig* auf, die Anschwellung erreichte aber keinen sehr bedeutenden Grad; als man mich am 29ten d. M. zu ihr rief, fand ich das Organ mässig intumescirt, rechterseits etwas beträchtlicher und wulstig, dabei *geröthet* mit einem Stich ins Bläuliche, an beiden Rändern (rechts stärker) die *livid gerötheten Abdrücke* der Zähne zeigend, unbeweglich im Unterkieferbogen liegend und die geöffnete Mundhöhle nicht ganz ausfüllend, mässige Salivation, Sprache lallend und Schlingen erschwert, keine so grosse Schmerzhaftigkeit der entzündeten Zungenparthie wie in den vorhergehenden Fällen, und nur unbedeutende Schwellung der Halslymphdrüsen an den Seiten der Kinnlade. Ich verordnete *Tr. Jod. fort.* zum Bepinseln der entzündeten Zungentheile, wodurch sich die Entzündung im Verlaufe von 4 Tagen langsam rückbildete. —

Fall XV.

Bauer W. in Nenningen, 1 Stunde von Donzdorf entfernt, 35 Jahre alt, wurde den 11. April 1865 von heftigen Zahnschmerzen linkerseits befallen, zu denen sich ein *eigen-*

thümlicher brennender Schmerz in der hinteren Parthie des Zungenkörpers linkerseits gesellte, welche letztere in Form eines Knötchens anschwoll. Den 12ten arbeitete W. den ganzen Tag im Freien, Abends klagte er über Frösteln, und bemerkte eine Zunahme der Zungengeschwulst unter Steigerung des Schmerzgefühls und häufigen schmerzhaften leeren Schlingversuchen. Den 13ten consultirte mich Patient, als ich zufällig durch Nenningen fuhr; ich fand die Zunge in ihrer linken Hälfte gegen den Zungengrund zu wulstig geschwollen, blassroth wie ödematös, die geschwollene Parthie sehr empfindlich gegen Berührung, mässigen Grad von Salivation, leichte Schwellung der Unterzungendrüse, erschwertes Schlingen und Sprechen, leichtes Fieber, Puls 90, grosse Neigung zum Schwitzen, Stuhl angehalten, desshalb Laxans salin., ausserdem Tr. Jod. fort. zum Bepinseln des entzündeten Zungentheils. In den 2 folgenden Tagen blieb die entzündliche Zungenanschwellung auf die Bepinselung sich so ziemlich gleich, am 17ten und 18ten nahm sie und damit die dadurch bedingten Beschwerden so ab, dass am 19ten die Zunge ihr normales Aussehen und frühere Funktionsfähigkeit wieder erlangt hatte.

Epikritische Bemerkungen.

A) Zur Aetiologie.

Die ersten fünf Fälle von Glossitis parenchymatosa acuta wurden während der nasskalten regnerischen Herbstmonate des Jahres 1851 beobachtet und vertheilen sich folgendermassen: Nr. I. auf den September, Nr. II., III., IV. und V. auf den Oktober desselben Jahres; Nr. I. und III. kamen in demselben Orte, die 3 übrigen in der nächsten Umgebung dieses Ortes vor. Für sämmtliche 5 Erkrankungen liess sich trotz der genauesten Nachforschung und Untersuchung keine genügende Ursache auffinden. Röser sah während seines mehr als 30jährigen ausgedehnten ärztlichen Wirkens in dieser Gegend nie vorher einen Fall von acuter primärer Glossitis profunda, auf einmal erkrankten in ein und derselben Gegend zu ein und derselben Zeit der Reihe nach mehrere Individuen an dieser Affection. Unwillkürlich muss man hier an atmosphärische Einflüsse denken und diess als eine kleine Epidemie von Glossitis parenchymatosa bezeichnen. — Trotz der gegentheiligen Behauptung H. Demme's bleibt die Glossitis der tieferen Zungengewebe immerhin eine seltene Krankheit, so findet sich in den Tübinger klinischen Journalen der chirurg. und medizinischen Abtheilung nicht ein einziger Fall von Glossitis profunda verzeichnet, und wenn auch H. Demme in den

Journalen der Berner chirurgischen Klinik vom Jahre 1835 bis 1860 über 22 Fälle derartiger Erkrankung genauere Nachweise vorfand und er selbst in 2 Jahren 10 Fälle von schwerer Glossitis beobachtet hat, so beweist dies noch keineswegs, dass diese Affection keine seltene sei und es sind sicherlich die meisten Autoren, die der Seltenheit ihres Vorkommens Erwähnung thun, in vollem Rechte: so schon Peter Frank de curandis Bd. II. S. 90, § 163, S. G. Vogel Bd. IV. S. 105, § 1, J. Ch. Reil Bd. II. S. 351, § 128 (will sie einmal epidemisch gesehen haben), und unter den neuesten Autoren unter Andern: .Niemeyer Bd. I. S. 372 und O. Weber in Pitha und Billroth's Chirurgie, Bd. III. S. 317 u. s. w.

Bezüglich der Jahre, Jahreszeiten und Monate vertheilen sich die 15 Beobachtungen wie folgt: es kommen

auf das Jahr	1851	5	Fälle	auf den Herbst	8	Fälle
» » »	1852	2	»			
» » »	1853	2	»	auf das Frühjahr	4	»
» » »	1859	1	»			
» » »	1861	1	»	auf den Sommer	1	»
» » »	1862	1	»			
» » »	1864	2	»	auf den Winter	2	»
» » »	1865	1	»			
in 15 Jahren zusammen		15	Fälle	zusammen	15	Fälle

auf Monat	Januar	1	Fall
» »	Februar	1	»
» »	März	1	»
» »	April	1	»
» »	Mai	1	»
» »	Juni	1	»
» »	August	1	»
» »	Septbr.	2	»
» »	October	5	»
» »	Novemb.	1	»
	Summa	15	Fälle.

Demnach wurde die Glossitis parenchymatosa acuta am häufigsten in den 2 Uebergangsjahreszeiten und unter diesen überwiegend häufig im Herbste (8 Fälle) beobachtet, wo die nasskalte Witterung die vorherrschende war.

Was das Alter und Geschlecht anbelangt, so kommen:

auf das Alter von 1*)—15 Jahren	1	Fall,
„ „ „ „ 15—30 „	3	„
„ „ „ „ 30—50 „	6	„
„ „ „ „ 50—70 „	4	„
„ „ „ „ 70—90 „	1	„
Summa	15	Fälle

und auf das männliche Geschlecht	10	Fälle,
„ auf das weibliche „	4	„
zusammen	14	Fälle,

da beim Fall Nr. VII das Geschlecht nicht angegeben ist.

Somit betraf die grösste Zahl der 15 Fälle das Alter von 30—50 Jahren, also das kräftige Mannesalter, der jüngste Kranke war 2 Jahre und der älteste 84 Jahre alt. Bezüglich des Geschlechtes zeigte das männliche entschieden das Uebergewicht vor dem weiblichen, denn von 14 Fällen waren es 10 Männer, die von der Glossitis befallen wurden. Meine Beobachtungen stimmen somit, was Alter und Geschlecht anbelangt, mit H. Demme ganz zusammen. Nach ihm kamen die meisten Fälle in den Blüthejahren von 20—40 vor und das Verhältniss der Krankheitsfälle beim männlichen und weiblichen Geschlecht gestaltet sich wie 4:1.

---

*) In der österr. medicin. Wochenschrift von Raimann und Rosas 1842, No. 47 ist ein Fall von Glossitis parenchym. bei einem 9 Tage alten Neugeborenen verzeichnet.

Sämmtliche von mir beobachtete Kranken gehörten der Landbevölkerung, nicht aber vorwiegend der ärmeren Klasse, wie H. Demme angibt, an. Die meisten betrafen kräftige rüstige Leute. Was endlich die spezielle Aetiologie anbelangt, so liess sich in den angeführten 15 Fällen Folgendes ermitteln:

Reiz scharfer Zahnstumpen	3mal,
fortgeleitete Entzündung von der Mundhöhlen- und Rachenschleimhaut aus .	1mal,
im Verlauf von Scharlach	1mal,
im Verlauf von Tuberkulose	1mal,
zusammen	6 Fälle.

Keine bestimmte Ursache (epidemische Einflüsse) bei den übrigen 9 Fällen.

Reinisch (de Glossitide Dissert. inaugural. medic. Lipsiae MDCCCVII.) führt auch einen Fall von einem 20 Jahre alten Mädchen an, welches von Scharlach mit heftiger Angina und am 2ten Tag von einer Glossitis befallen wurde. Am 5ten Tag mit dem Erbleichen des Exanthems unter Zunahme von Speichelabsonderung begann die Zunge abzuschwellen und am 7ten Tage trat die Desquamation ein.

B) Zur pathologischen Anatomie.

Engel sagt in seiner speziellen patholog. Anatomie (Wien 1856, S. 491): es ward mir nie Gelegenheit zu Theil, eine Zungenentzündung etc. anatomisch zu untersuchen, so dass ich aus eigener Erfahrung das Wesen dieser Krankheit nicht kenne; es beweist dies, wie gering neben der Seltenheit die Mortalität dieser Affection ist. —

In sämmtlichen 15 Fällen hatten wir es wohl mit einer sog. phlegmonösen Entzündung der Zunge zu

thun, die sowohl im submucösen (Glossitis submucosa), als auch im intermuskulären Zellgewebe (Glossitis intermuscularis), und in den schwereren Fällen wohl auch in dem sehr weichen und dünnen, häufig mit kleinen Fettklümpchen durchsetzten Perimysium der einzelnen Primitiv-Muskelbündel (Myoglossitis) ihren Sitz hatte. Die einzelnen Formen sind nie so scharf getrennt, gehen vielmehr in einander über, so dass es sicherlich sehr schwer sein möchte, eine reine Myoglossitis zu diagnosticiren. Die Beschaffenheit des in das Zellgewebe abgesetzten Exsudats ist in der Regel ein mehr plastisches oder serös plastisches, in manchen der Fälle ein eitrig zerfliessendes gewesen, welches das intermuskuläre und submucöse Bindegewebe infiltrirte, und die Geschwulst nicht sowohl durch ein Auseinanderdrängen der Muskelbündel, sondern auch in Folge von Durchfeuchtung und Schwellung der Elemente des Parenchyms bedingte. In dem Fall Nr. VI., der zur Sektion kam, war das eitrig zerflossene zellenreiche Exsudat in das intermuskuläre Bindegewebe infiltrirt, ohne sich zu einem Abscess vereinigt zu haben. In 5 Fällen kam es zur wirklichen Abscessbildung (Glossoncus), im Fall Nr. III. entleerte sich beim Niederdrücken der Zunge mit dem Spatel blutiger Eiter am Zungengrunde in die Rachenhöhle, einen ähnlichen zufälligen Aufbruch eines Abscesses beim Untersuchen erzählt Brera (Giornale di medicina Vol. I., 1812): „Linguam spatula deprimendo etc." Da das Zellgewebe zwischen den Muskeln gegen die Zungenbasis zu reichlicher entwickelt ist, so senkt sich, wenn es zur Eiterbildung kommt, gerne der Eiter nach dieser Gegend hin, und es bilden sich hier sehr leicht grössere Abscesse.

Demme (op. cit. S. 83) führt an, „dass Abscesse sehr

selten auf der Unterfläche der Zunge zum Durchbruch kommen.“ Von den 5 genannten Fällen öffnete sich nur einer rechts vom Frenulum (Fall Nr. VIII.), 3 gegen den Zungengrund zu, und im Fall V. bildeten sich kleine umschriebene Abscesschen im submucösen Zellgewebe auf dem Rücken der Zunge, die sich auch dort öffneten. In 10 Fällen erfolgte die Resolution der Entzündung durch meist rasche Resorption der gesetzten Exsudate, also in $^2/_3$ der Fälle.

Die wulstige, mitunter knotige Intumescenz der entzündeten Zunge, gewöhnlich auf einer Seitenhälfte — in der Mehrzahl der Fälle (7) auf der rechten — stärker entwickelt, mag vielleicht darin ihre Erklärung finden, dass der gleichmässigeren Ausbreitung der Exsudation durch das faserknorplige Septum linguae ein Widerstand entgegengesetzt wurde, sowie in dem anatomischen Verhalten des Verlaufs der Muskelfasern, die sich verschiedentlich miteinander verflechten, durchkreuzen und grösstentheils an der inneren Fläche des Involucrums, zum Theil auch in der Mittellinie am Zungenknorpel endigen. So hatte wahrscheinlich im Fall Nr. XI, wo die vordere Parthie der Zunge in einen quer-ovalen, furunkelähnlichen, harten Knoten verwandelt war, die Entzündung ihren Sitz in dem Zellgewebe des Quermuskels der Zunge, dessen Fasern am deutlichsten an der Zungenspitze ausgeprägt sind.

Nach dem Grade der Ausbreitung der Entzündung unterscheidet man eine Glossitis diffusa (die meisten unserer Fälle) und circumscripta (Fall XI), ferner eine Glossitis bilateralis oder universalis und eine dimidiata (Fall XV linksseitig), welche verschiedenen Formen sich in keinem der 15 beschriebenen Fälle scharf markirt zeigten, vielleicht Nr. XI ausgenommen.

Die in den meisten Fällen beobachtete entzündliche

Schwellung der Lymphdrüsen der Inframaxillargegend, der Submaxillardrüsen und der Glandula sublingualis gehört wohl in das Bereich der sog. sympathischen Entzündungen, welche sowohl durch einfache Ausbreitung, als auch durch Aufnahme von reizenden Entzündungsprodukten in die Lymphgefässe und Absetzung derselben in die Lymphdrüsen, wodurch diese letzteren in entzündliche Reizung versetzt werden, entstehen können. —

C) Zur Symptomatologie.

Verlauf, Dauer und Ausgänge.

Prodromalsymptome zeigten sich in der Mehrzahl (12) der Fälle, nur in 3 Fällen (VI, VII, XIV) schwoll die Zunge plötzlich an; von diesen betraf Nr. VII ein zweijähriges Kind und XIV eine 84 Jahre alte, cretinöse Frau, und es fragt sich also sehr, ob in diesen beiden Fällen der lokalen Erkrankung nicht Vorboten vorangingen. In 9 Fällen begann die Affection mit mehr weniger ausgeprägten Fiebererscheinungen, seltener mit eigentlichem Schüttelfroste, meist war es nur ein Frösteln mit darauffolgendem Hitzegefühl, Mattigkeit, Schwindel, Appetitlosigkeit etc. Halsschmerzen gingen in 4 Fällen, Kopf- und Zahnschmerzen in je 2 Fällen den örtlichen Symptomen voran, in 4 Fällen gehörten anginöse Beschwerden zu den Initialerscheinungen. Meist sehr bald am selben Tage traten die Lokalsymptome auf und als erstes zeigte sich in der Regel ein mehr weniger lebhafter Schmerz an einer kleinen Stelle der Zunge, 4 Kranke bezeichneten diesen Schmerz als einen brennenden, „als ob sie sich an dieser Stelle verbrannt hätten“, andere

als stechend, bohrend u. s. w. An der schmerzhaften Stelle der Zunge bemerkten viele (5) fast gleichzeitig mit dem Eintritt der Schmerzen ein hartes Knötchen oder eine kleine Anschwellung von der Grösse einer Bohne bis Haselnuss, die unter heftigen Schmerzen an Umfang rasch zunahm und in den ex- und intensiveren Fällen in kurzer Zeit sich auf den grössten Theil oder auf die ganze Zunge ausbreitete. In den 10 übrigen Fällen liess sich diese Art der Entstehung nicht nachweisen, sondern es bildete sich hier unter mehr weniger lebhaften Schmerzen rasch der Zungentumor aus. — Die Geschwulst, welche in den höheren Graden der Krankheit (Fall II, III, IV, VI) ein enormes Volumen erreichte, hatte folgende Eigenthümlichkeiten: sie stellte einen plumpen, unförmlichen, meist etwas plattgedrückten, öfters ungleich kegelförmigen, seltener ganz kugeligen, gleichmässig geschwollenen (Fall VII, VIII) oder höckerig unebenen (XII, XV) Klumpen oder Wargel dar, der in 8 Fällen auf der rechten Seitenhälfte und nur im Fall XII und XV links eine stärkere Anschwellung zeigte. Je nach der Grösse der Zungengeschwulst füllte diese die Mundhöhle in geöffnetem Zustande mehr weniger aus und ragte selbst in einigen Fällen zwischen den Zahnreihen heraus, öfters die Eindrücke der Zähne zeigend. An dieser stärker angeschwollenen wulstartigen Parthie der Zunge war auch in der Regel der Ausgangspunkt für den Tumor; es wurde hier von vielen Kranken gewöhnlich in der Mitte der rechten Seitenhälfte der Zunge oder seltener in der linken das harte Knötchen im Anfange gefühlt, das sich rasch in die Breite ausdehnte; in mehreren Fällen (IV, X, XI, XV) konnten sogar die Patienten ganz genau diese Stellen angeben. — Bei 4 Kranken war die vordere (III, IV, IX, XI), bei einem

(VIII) die vordere untere und bei zwei die hintere (III, V) Parthie des Organs der vorwiegende Sitz der Intumescenz. — Im Fall Nr. XI wurde die Temperatur der Mundhöhle unter der am meisten entzündeten Zungenspitze gemessen, sie zeigte sich aber nicht erhöht, 37,2 C.; es lag die Zunge noch im Bereiche der Mundhöhle, wodurch dieselbe durch immer neue Einspeichelung neue Verdunstungsabkühlung erfährt; die Temperaturerhöhung soll nach H. Demme weit bedeutender sein, besonders im Bereich der Zungenspitze, wenn dieselbe durch zunehmende Vergrösserung endlich dauernd aus der Mundhöhle hervorgedrängt wird. Im obigen Falle war die Temperatur der Achselhöhle blos 37 bis 38 C., also kaum Fieber vorhanden, da die mittlere Temperatur eines gesunden Erwachsenen 37,3 C. ist; und es zeigte sich die Temperatur des entzündeten Theils um ²/₁₀ Grade höher, als die Morgen-Temperatur des Körpers in der Achselhöhle.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (13) hatte die Geschwulst der Zunge ein mehr blassrothes, in den 7 erst beobachteten sogar ein mehr blassgelbes Aussehen; nur bei dem Kranken Nr. XII war sie bläulichroth, und in dem Fall XIII intensiver roth gefärbt. Ein mehr weniger starker, schmutzig weisser, feuchter, selten trockener Beleg deckte in der Regel die Mitte ihres geschwollenen Rückens. Die blassrothe, öfters ins Gelbliche spielende Farbe des Involucrums hatte ihren Hauptgrund in dem Freibleiben desselben von Entzündung und die auffallende Blässe der Zungenoberfläche (im Fall II und III) wohl auch in dem Drucke, welchen das durch die Infiltration geschwellte Parenchym gegen dieselbe ausübte, wodurch natürlicherweise ein gewisser Grad von Anaemie und damit Blässe des Involucrums erzeugt werden musste. In dem Fall Nr. II war vor-

züglich die rechte stärker gewulstete Zungenhälfte ganz auffallend blass mit einem Stich ins Gelbliche, so dass man eine vollständige eitrige Infiltration derselben hätte vermuthen können, allein beim Einschneiden mit dem Messer floss nur hellrothes Blut aus, ein Umstand, der sehr für die eben gegebene Erklärungsweise spricht. — Die Zahneindrücke an den geschwollenen Seitenrändern erschienen dagegen mehr oder weniger mitunter livid geröthet (Fall XIV). H. Demme bemerkt mit vollem Rechte: „Die Blutüberfüllung und Stase wird bei „den höchsten Graden der Zungenvergrösserung durch das „mechanische Moment des Kiefer- und Zahndruckes noch mehr „gesteigert und gibt sich öfters durch dunkellivide oder roth- „braune Färbung zu erkennen, wobei dann Sensibilität und „Temperatur auffallend zu sinken pflegen.“

Bei der Berührung fühlte sich die Geschwulst in allen Fällen hart, dem harten Oedeme der Unterschenkel ähnlich, an und knirschte wie Fasergewebe beim Einschneiden. Die Empfindlichkeit bei der Berührung und Bewegung war eine sehr grosse; dagegen klagten die Patienten namentlich in den späteren Perioden des Krankheitsverlaufes weniger, wenn die Zunge unbeweglich liegen blieb. In 2 Fällen (Nr. V und XIV), beides indolente cretinenhafte Frauen, bildete sich die Anschwellung ziemlich rasch ohne besondere Schmerzhaftigkeit aus, auch war dieselbe in beiden Beobachtungen nicht besonders empfindlich gegen Berührung und von mehr torpidem Charakter. —

Die Funktionsstörungen der Zunge verhielten sich ziemlich proportinal *) mit der Intensität des ent-

---

*) Im Fall Nro. IX, wo die Zunge nur in ihrer vorderen Partie sehr schmerzhaft angeschwollen war, rührte wohl das Unvermögen zu schlingen und zu sprechen, nicht sowohl von der Geschwulst, als von der grossen Schmerzhaftigkeit bei der Zungenbewegung her.

zündlichen Prozesses und seiner Ausbreitung. Bei mässigen Graden der Schwellung war das Sprechen erschwert und undeutlich bis lallend, Kauen und Schlingen behindert; die Kranke Nr. V hatte das Gefühl, als läge ein schwerer Körper (ein Stück Blei) auf der Zunge, namentlich bei Versuchen, sie zu bewegen; bei höheren Graden war jede Bewegung der Zunge unmöglich (Fälle II, III, IV und VI). Wenn die Zungenwurzel weniger intumescirt war, wie im Fall IV, konnten Flüssigkeiten, wiewohl erschwert, hinuntergeschluckt werden; dabei beobachtete man, dass die Kranken den Kopf nach hintenüber beugten, wodurch das Getränke dann der Schwere nach hinuntergleitete. Bei den mehr partiellen Anschwellungen der Zunge klagten manche der Patienten (Fall XV) über ein lästiges leeres Schlingen. Nur eine Kranke (XI) äusserte sich über eine lästige salzige Geschmacksempfindung, sonst liess sich in unseren Fällen keine Abnormität dieses Sinnes nachweisen, was wohl darin seine Erklärung findet, dass das Involucrum linguae nicht an der Entzündung participirte, vielleicht auch, weil die übrigen Beschwerden die Kranken ganz darauf vergessen machten, dass die Zunge auch zum Schmecken dient. — (C. A. W. Berend's Vorlesungen über prakt. Arzneiwissenschaft, herausgegeben von Sundelin, Bd. 3, S. 74, Berlin 1828) sagt: „der „Geschmack ist vernichtet, oder die mildesten Dinge haben „der Empfindung des Kranken nach einen brennenden Ge- „schmack", dies konnte ich nicht nachweisen, man müsste nur den brennenden Schmerz, den manche der Patienten klagten, auch als gleichzeitige abnorme schmerzhafte Geschmackserregung ansehen. —

In mehreren (8) Fällen participirte die Mundhöhlen- oder Rachenschleimhaut an der Entzündung, war dann mehr weni-

ger geröthet und geschwollen. In 10 Fällen zeigte sich Salivation, in 5 hochgradige. —

Bei 7 Kranken konnte eine mehr weniger stark entwickelte schmerzhafte Anschwellung der Lymphdrüsen in der Inframaxillargegend nachgewiesen werden, in 4 Fällen eine solche der Glandula sublingualis, und in 6 eine solche der Submaxillar-Drüsen (meist die der rechten stärker), und zwar zeigte sich in den Fällen, wo sich eine stärkere Intumescenz der rechten Seitenhälfte der Zunge gebildet hatte, auch entsprechend die rechte Glandula submaxill. stärker geschwollen, ja diese letztere war in 2 Fällen fást hühnereigross, fühlte sich hart und höckerig an, und schmerzte dabei ungemein. Bei dem 17 Jahre alten Burschen (Fall III) waren sämmtliche Drüsen in der Unterkiefergegend, namentlich unter dem Kinn derart geschwollen, dass diese Parthie des Halses einen der Angina Ludwigi ähnlichen Anblick darbot.

In den heftigeren Fällen hatte der Gesichtsausdruck der Kranken etwas eigenthümlich Aengstliches (so Fall I, II, III und VI); dies trat um so auffallender bei denjenigen hervor, wo in Folge der In- und Extensität des Entzündungsstoffes durch die bedeutende Anschwellung der Zunge — insbesondere an ihrer Basis — die Respiration erschwert, oder zeitweise vollständig behindert wurde, und der Rückfluss des Blutes aus den grösseren Venen des Gehirns erschwert war, wie z. B. beim 3ten Falle: hier traten solche bedeutende Beängstigungen und Erstickungsnoth ein, dass Patient wiederholt aus seinem Bette an das Fenster sprang, um frische Luft zu schöpfen, das Gesicht zeigte sich ganz entstellt, geröthet und gedunsen, und der Kranke glaubte sich dem Tode nahe. — Die intenseren Fälle waren stets von beträchtlichem Fie-

ber begleitet; in einigen zeigte sich unter grossem Mattigkeitsgefühl eine grosse Muthlosigkeit und Aengstlichkeit, qualvolle Unruhe, soporöses Daliegen; im Falle Nr. III Delirien neben Dyspnoe. Auch bei den Glossitiden leichteren Grades konnte in der Regel eine mehr weniger in die Augen springende febrile Erregung — wenigstens im Anfange — nachgewiesen werden.

Der Verlauf war in sämmtlichen Fällen ein acuter; die Dauer der Krankheit variirte zwischen 5 und 14 Tagen. In einem Falle erfolgte der Tod am 5ten Tage der Zungenentzündung, bei einem im letzten Stadium der Lungentuberkulose befindlichen abgezehrten Individuum in einem Erstickungsanfalle durch die Glossitis beschleunigt. Die übrigen Fälle endigten mit vollständiger Genesung, in der Mehrzahl der Fälle zwischen dem 7ten und 9ten Tag; 10 durch einfache Vertheilung, 5 durch Abscessbildung und Eröffnung in die Mund- oder Rachenhöhle. Die entleerte Flüssigkeit war in einem Fall chokoladefarbiger, in dem Fall, wo sich der Abscess an der unteren Fläche der Zunge neben dem Frenulum gebildet hatte, stinkender Eiter. Da wo es zur Eiterung und Abscessbildung kam, steigerten sich meist die Schmerzen und sonstigen Symptome, um mit dem Aufbruch und der Entleerung des Eiters öfters wie abgeschnitten nachzulassen. Im Fall Nr. XI trat im Verlaufe der Glossitis am 3ten Tage ein erneuerter Frostanfall ein, worauf die entzündliche Schwellung der Zunge bedeutend zunahm, ohne dass es jedoch zur Suppuration kam.

Die Prognose hängt wesentlich ab vom Sitze der Affection und von den consecutiven Circulationsstörungen in der Nachbarschaft der Zunge; am gefährlichsten sind sehr acut entstandene Schwellungen der Zungenwurzel. Hier nimmt

nicht blos die Zunge eine mehr kugelige Gestalt an, und füllt die ganze hintere Parthie der Mund- und Rachenhöhle, den Eingang zum Kehlkopf verschliessend, aus, wodurch Erstickungsanfälle entstehen, sondern es gesellt sich gerne ein collaterales Oedem der Glottis dazu, welcher Zustand unter Umständen die Tracheotomie indiciren könnte. —

Die Diagnose unterliegt wohl keinen Schwierigkeiten; bei Kindern könnte jedoch bei oberflächlicher Beobachtung eine Verwechslung mit einer entzündeten Ranula vorkommen, da durch diese, namentlich wenn sie sehr voluminös ist, die Zunge ganz nach hinten und oben gedrängt wird; um so eher wäre dies möglich in einem solchen Fälle, wo die untere vordere Parthie der Zunge den Sitz und Ausgangspunkt der Entzündung bildet, wie es z. B. in dem 7ten Fall sich ereignete. Hier schwoll zuerst die untere Gegend der Zunge Ranulaähnlich an, und von da aus verbreitete sich die Geschwulst über die ganze Zunge. Eine genaue Besichtigung schützt jedoch sicher vor solchem Irrthume.

D) Zur Therapie.

Meine therapeutischen Erfahrungen, verglichen mit denen anderer Beobachter, liessen mich zu folgendem Resultate kommen, das ich hier kurz zusammengefasst wiedergebe:

Bei der leichteren acut entzündlichen Schwellung der Zunge genügt es, Eis in grösseren Stückchen auf der Zunge zergehen zu lassen; bei gleichzeitiger schmerzhafter Anschwellung der Drüsen in der Mental- und Inframaxillargegend einen Priessnitz'schen Umschlag um diese Parthie des Halses zu machen, für offenen Stuhl und antifebrile Diät zu sorgen. — Mit dieser Behandlung würde ich auch in den etwas intensiveren Fällen beginnen, und

in solchen bei stärkerem Fieber und stärkerer Schwellung der Halsdrüsen statt der Priessnitz'schen Compressen eine Eisblase auf dieselbe appliciren lassen. Steigern sich trotz dieser therapeutischen Massregeln die Entzündungssymptome, nimmt die Schwellung der Zunge eine gefahrdrohende Höhe an, so müssen ergiebige Einschnitte in die am meisten geschwollene Parthie des Organs gemacht werden, und zwar gehörig lang und gehörig tief. Mit oberflächlichen Scarificationen, Blutegeln, oder der nicht gefahrlosen Durchschneidung der Vena ranina, (die unbegreiflicherweise Hyrtl in seiner topograph. Anatomie [Bd. I, S. 337] aus der Vergessenheit gezogen zu haben wünscht) wenig Nutzen bringende und unsichere Experimente zu machen, möchte bei der nicht mehr zu bestreitenden, von allen Autoren anerkannten Wirksamkeit der tieferen Incisionen ein unverzeihlicher Missgriff sein. — Nochmals wiederhole ich, dass diese Incisionen gehörig tief und gehörig lang gemacht werden müssen, wenn sie von entschiedenem Nutzen sein sollen. Unter Umständen müssen mehrere derartige Einschnitte gemacht werden, oder wenn sich nach den erst gemachten eine Verschlimmerung der Schwellung einstellen sollte, dieselben öfters wiederholt werden, zumal wenn es zur Abscessbildung kommt, muss dem Eiter bald möglichst freier Ausfluss verschafft werden, damit sich nicht gefährliche Eitersenkungen gegen die Radix der Zunge hin bilden. —

Bezüglich der Wirksamkeit der Incisionen kann ich nur wiederholen, was ich im Jahre 1856 (Betz, Memorabilien aus der Praxis Nr. 6) schrieb:

1) Es wird durch die Incisionen die dem Kranken so lästige Spannung gehoben; (sogleich nach dem Einschneiden fühlen sie sich erleichtert, die Schmerzen lassen nach, die

Bewegungen der Zunge gehen selbst besser von Statten). 2) Wird dem Eiter, wenn solcher sich schon gebildet und der Einschnitt bis zu ihm gedrungen, freier Ausfluss verschafft. 3) Kann aber auch durch frühzeitige Incisionen der Ausgang in Abscessbildung verhütet und dadurch der ganze Prozess abgekürzt werden, wiederum hauptsächlich, weil die Spannung gelöst ist, welche bei allen phlegmonösen Entzündungen ein für den Therapeuten sehr zu beachtendes Hinderniss für den günstigen Verlauf des Prozesses abgibt, und endlich 4) wirkt wohl auch der nach der Incision eintretende mitunter ziemliche Blutverlust vortheilhaft auf die Krankheit ein. Es bleibt somit sicherlich bei allen nur einigermassen intensiven Glossitiden die Incision das Hauptmittel, alle anderen gegen diese Krankheit empfohlenen können nur noch als Nebenmittel in Betracht kommen, oder bei mässigeren Graden ihre Anwendung finden, welche übrigens auch ohne Zuthun der Kunst rasch günstig enden. Scarificationen der Zunge mögen wohl bei mehr oberflächlicher Zungenentzündung (Inflammatio involucri) von Nutzen sein, bei der parenchymatösen dagegen ist ihre Wirkung wahrscheinlich nicht hoch anzuschlagen. —

Was endlich das 3te Cardinalmittel bei Glossitis: die von H. *Demme* nach den Erfahrungen seines Vaters warm empfohlene Bepinselung der geschwollenen Zungenparthien *mit Jodtinctur*, namentlich der Tinctura Jodi fortior (ʒj Jod in ℥j Spt. vin. alcohol. gelöst) betrifft, so glaube ich nach meinen Erfahrungen in anderen parenchymatösen Entzündungen mein Urtheil dahin abgeben zu müssen, dass dieses sehr wirksame Mittel in der Glossitis mehr für die chronischen Fälle passt, doch auch in den leichteren acuten (wie Fall XIV und XV zeigen), subacuten, namentlich den circumscripten und torpiden Formen der entzündlichen Zungen-

schwellung ohne oder mit vorher gemachten Incisionen ganz vorzügliche Erfolge aufzuweisen hat. Die verstärkte Jodtinctur wird nach vorheriger Reinigung der Zungenoberfläche mittelst eines Haarpinsels bis zur intensiv braunen Färbung mehrmals des Tags auf die Geschwulst aufgetragen, und ich kann bestätigen, was H. Demme sagt, dass diese Anstriche mit Jodtinctur auf die Zunge und Mandeln etc. weniger Schmerzen verursachen, als auf der äusseren Haut. Die Umgebung der Zunge kann durch Baumwolltampons vor der unnöthigen Benetzung geschützt werden. —

Sollten die schmerzhaften Intumescenzen der Drüsen in der Unterkiefergegend auf Eisumschläge nicht schwinden, dann kann man mit Vortheil Blutegel an dieselbe setzen, und die Nachblutung durch Cataplasmen unterhalten, und später Jodtinctur aufpinseln lassen. Breiumschläge, sowie erweichende Gurgelwasser können als Unterstützungsmittel nach Eröffnung des Abscesses angewendet werden. —

